

DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DE INTUSSUSCEPÇÃO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO – RELATO DE CASO

SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF INTUSSUSCEPTION BY MECKEL'S DIVERTICULUM IN ADULT - CASE REPORT

RAFAEL RIVAS, MOHAMED NAJMEDDINE, RICARDO BELARMINO, JULIANA ÁVILA, BRUNA FIORIO

RESUMO

Descrito por Fabricius Hildanus, o divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal. Seu diagnóstico é mais comum na infância e cerca de 4-20% dos pacientes podem evoluir com complicações como obstrução intestinal, diverticulite, hemorragia, perfuração e intussuscepção. A intussuscepção, apesar de rara, é potencialmente grave em adultos, o que justifica a importância do exame ultrassonográfico para auxílio no diagnóstico precoce.

PALAVRAS-CHAVE: INTUSSUSCEPÇÃO, DIVERTÍCULO MECKEL, DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO, INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTO, PSEUDO-RIM.

ABSTRACT

Described by Fabricius Hildanus the Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract. The diagnosis is most common in children and about 4-20% of patients can develop complications such as intestinal obstruction, diverticulitis, bleeding, perforation and intussusception. Intussusception, although rare, is potentially serious in adults, which explains the importance of ultrasound examination to aid in early diagnosis.

KEYWORDS: INTUSSUSCEPTION, MECKEL DIVERTICULUM, SONOGRAPHIC DIAGNOSIS, INTUSSUSCEPTION IN ADULTS, PSEUDO-KIDNEY.

INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez em 1650 por Fabricius Hildanus, o divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal¹. Localiza-se na borda antimesentérica do íleo, entre 30-100cm da papillaíleo-cecal, e representa o remanescente da porção proximal do conduto onfalomesentérico². Pode estar ligado à cicatriz umbilical por um cordão fibroso ou uma fístula. O divertículo é considerado verdadeiro pois é composto por todas as paredes do intestino¹.

Sua incidência varia de 1% a 4% na população geral³. A maioria dos pacientes não apresenta sintomas. O diag-

nóstico é mais comum na infância, podendo ser realizado por meio de exame de imagem e intra operatório e confirmado por exame anatomopatológico⁴. Cerca de 4-20% dos pacientes podem evoluir com complicações como obstrução intestinal, diverticulite, hemorragia, perfuração e intussuscepção⁵.

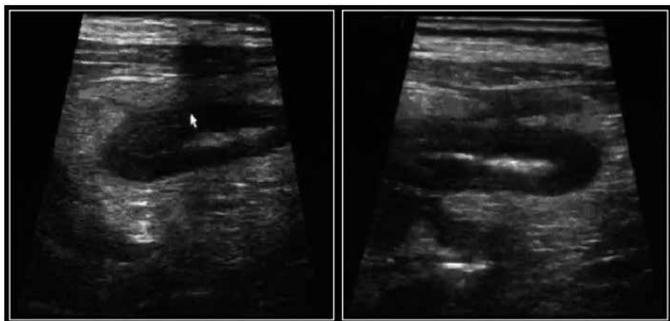
A intussuscepção que representa uma invaginação de um segmento intestinal sobre outro, é uma condição frequente na criança e rara no adulto. Entretanto, é potencialmente fatal nessa faixa etária⁶. É idiopática na maioria dos casos pediátricos, porém, nos adultos, 2/3 dos casos têm causa determinada⁷. Atualmente com o avanço dos métodos de

imagem, um maior número de casos tem sido diagnosticado pela ultrassonografia, onde pode ser visto o sinal de alvo, do pseudo-rim e o padrão em casca de cebola⁸⁻¹⁰.

Tendo em vista a raridade dessa patologia em adultos, bem como a gravidade de suas complicações, o presente artigo tem como objetivo relatar um caso de intussuscepção por divertículo de Meckel detectado por ultrassonografia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, negra, 48 anos, com quadro de dor abdominal em baixo ventre associado à diarreia sem produtos patológicos há cinco dias. Nega comorbidades e uso de medicação contínua. Refere ser tabagista. Nega cirurgias prévias. Foi internada no dia 24/03/2016 pelo serviço de cirurgia, onde ao exame clínico apresentava abdome globoso, distendido e com irritação peritoneal difusa. Exames laboratoriais evidenciaram hemograma com 6.030 leucócitos, sem desvio, parcial de urina sem alterações, PCR: 71,3 demais exames laboratoriais sem alterações significativas. À ultrassonografia apresentava em topografia de fossa ilíaca esquerda na região de sigmóide presença de "sinal do alvo" e ou sinal do "pseudo-rim" (Figuras 1 e 1.1) com orla hipoeecóica margeando um centro predominantemente hipereecóico, em tomadas transversal e longitudinal ao eixo da intussuscepção. Presença de líquido livre próximo ao local da obstrução (Figuras 2). Sob anestesia geral, foi realizada laparotomia exploradora, evidenciando grande quantidade de líquido livre na cavidade, que foi coletado e enviado para cultura. Durante o ato cirúrgico visualizou-se intussuscepção intestinal devido a divertículo de Meckel em delgado causando obstrução à montante onde foi realizada a diverticulectomia com Stapler Linear 80 (Figuras 4-6), posteriormente enviado para anatomopatológico. Pós-operatório sem intercorrências, paciente fez uso de amoxicilina com clavulanato por sete dias, e teve alta hospitalar no 8º dia de PO. No exame da peça cirúrgica, evidenciou-se divertículo entérico de parede completa, com revestimento de mucosa tóxica, sem neoplasias e com margens viáveis.



Figuras 1 e 1.1: Imagem do 'pseudo-rim' orla hipoeecóica margeando um centro predominantemente hipereecóico.



Figura 2: Ultrassonografia demonstrando líquido livre na cavidade abdominal.



Figura 3: Ultrassonografia demonstrando espessamento intestinal.



Figura 4: Divertículo de Meckel

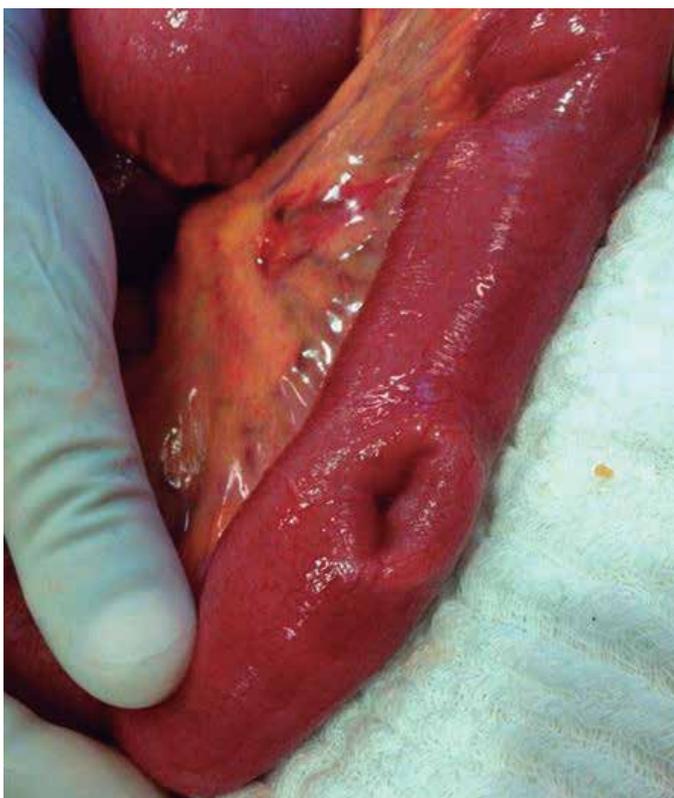


Figura 5: Coto diverticular

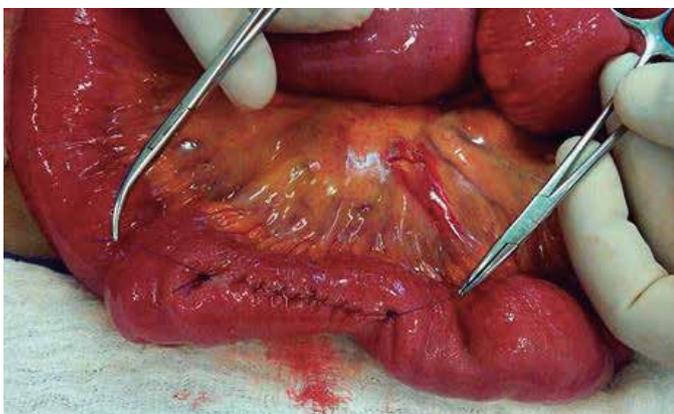


Figura 6: Diverticulotectomia

DISCUSSÃO

O divertículo de Meckel é uma má formação rara em adultos¹⁷. Os pacientes geralmente são assintomáticos e só descobrem a presença dessa patologia ao evoluir com complicações^{3,5}. A intussuscepção é uma complicação rara nos casos de divertículo de Meckel e os pacientes que evoluem com essa complicação incomum apresentam quadro de obstrução intestinal⁸. Nos adultos 90% dos casos são secundários à lesão orgânica, quase sempre diagnosticados no pré-operatório por método de imagem. A ultrassonografia é um exame de imagem recomendado na investigação diagnóstica, pois apresenta boa acurácia. Além disso, é um exame não invasivo e de fácil realização e diagnóstico por profissionais capacitados. As imagens que classicamente sugerem intussuscepção são o sinal do alvo no corte transversal, do pseudo rim no longitudinal, e o padrão multilamelar ou “em casca de cebola”, que evidencia as várias camadas das paredes intestinais evolidas⁸⁻¹⁰.

Em todos os casos a conduta adequada é a realização de procedimento cirúrgico para ressecção e reestabelecimento do trânsito gastrointestinal. A peça cirúrgica deve ser enviada para estudo anatomopatológico, pois há risco de doença maligna associada em aproximadamente 65% dos casos de intussuscepção intestinal⁸.

No caso relatado acima, o anatomopatológico confirmou presença de divertículo entérico como causa da intussuscepção e excluiu processos tumorais benignos ou malignos e outras patologias. O diagnóstico precoce realizado ao USG foi de grande importância para facilitar a conduta cirúrgica e a prevenção de complicações graves.

REFERÊNCIAS

1. Turgeon DK, Barnett JL - Meckel's Diverticulum - Clinical reviews. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:777-81.
2. Lemos R, Binato M. Enterolitíase em paciente com divertículo de Meckel. *J Bras Med* 1994; 66:93-4.
3. Vane DW, West KW, Grosfeld JL. Vitellin duct anomalies. *ArchSurg* 1987; 122:542-7.
4. del-Pozo G, Albillos JC, Tejedor D, Calero R, Rasero M, de-la-Calle U, Pacheco UL. Intussusception in children: current concepts in diagnosis and enema reduction. *Radiographics* 1999; 19:299-319.
5. Bemelman WA, Hugenholtz E, Heij HA, Wiersma PH, Obertop H. Meckel's diverticulum in Amsterdam: Experience in 136 patients. *World J Surg* 1995; 19:734-6.
6. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226:134-8.
7. Carter CR, Morton AL. Adult Intussusception in Glasgow, UK. *Br J Sur* 1989; 76:727.
8. Hanan B, Diniz TR, Luz MMP, Conceição AS, Silva RC, Lacerda AF. Intussuscepção intestinal em adultos. *Rev Bras Coloproct* 2007; 27(4):432-8.
9. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:617-8.
10. Cunha FM, Figueirêdo SS, Nóbrega BB, Oliveira GL, Monteiro SS, Lederman HM. Intussuscepção em crianças: avaliação por métodos de imagem e abordagem terapêutica. *Radiol Bras* 2005; 38(3): 212-8.